

HỘI CHỨNG GIẢ TẮC ĐẠI TRÀNG CẤP TÍNH: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP (OGILVIE'S SYNDROME)

Nguyễn Xuân Hòa¹, Trần Minh Hiếu¹

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính (ACPO) là một rối loạn mắc phải ít gặp, đặc trưng bởi sự giãn bất thường của đại tràng mà không có bất cứ tắc nghẽn cơ học hay bệnh sinh tiềm ẩn nào. Nó thường gặp nhất ở người lớn tuổi có nhiều bệnh đi kèm nhưng cũng có thể phát triển ở những bệnh nhân khỏe mạnh sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật. Cơ chế bệnh sinh chính xác vẫn chưa được làm sáng tỏ, nhưng bằng chứng hiện tại cho thấy sự thay đổi trong hệ thống thần kinh tự chủ dẫn đến mất trương lực đại tràng và giả tắc nghẽn. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp lâm sàng chẩn đoán hội chứng Ogilvie và được phẫu thuật cắt đại tràng. Qua đây chúng tôi muốn tìm hiểu về chẩn đoán và điều trị hội chứng này.

Từ khóa: Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính, hội chứng Ogilvie.

ABSTRACT

ACUTE COLONIC PSEUDOObSTRUCTION (ACPO): CASE STUDY

Nguyen Xuan Hoa¹, Tran Minh Hieu¹

Acute colonic pseudoobstruction (ACPO) is an uncommon acquired disorder characterized by abnormal dilation of the colon without any underlying mechanical or pathophysiological obstruction. It is most common in older adults with multiple comorbidities but can also develop in otherwise healthy patients after trauma or surgery. The exact pathogenesis remains to be elucidated, but current evidence suggests that alterations in the autonomic nervous system lead to colonic atony and pseudo-obstruction. We report a clinical case diagnosed with Ogilvie syndrome and underwent colectomy. Through this we want to learn about the diagnosis and treatment of this syndrome.

Keywords: Acute colonic pseudo-obstruction syndrome, Ogilvie syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính (acute colonic pseudo - obstruction - ACPO), còn gọi là hội chứng Ogilvie, là một tình trạng hiếm gặp, đặc trưng bởi giãn cấp tính đại tràng mà không có tắc nghẽn cơ học thực thể [1,2]. Bệnh được Heneage Ogilvie mô tả lần đầu vào năm 1948 trên hai trường hợp có tổn thương đám rối thần kinh tự chủ, từ đó ACPO được ghi nhận như một bệnh cảnh lâm sàng riêng biệt nhưng vẫn còn dễ bị bỏ sót trong thực hành [1].

Mặc dù không phải là bệnh lý thường gặp, ACPO có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì biểu hiện

dễ nhầm với tắc ruột cơ học, trong khi diễn tiến kéo dài có thể dẫn đến thiếu máu thành ruột, hoại tử hoặc thủng đại tràng, làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong [3-6]. Cơ chế bệnh sinh hiện chưa hoàn toàn sáng tỏ, song nhiều bằng chứng cho thấy bệnh liên quan đến rối loạn điều hòa thần kinh tự chủ của đại tràng, gây mất nhu động và giãn đại tràng tiến triển [4,6,7].

Chẩn đoán ACPO chủ yếu dựa vào lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh nhằm loại trừ nguyên nhân tắc nghẽn cơ học; việc nhận diện sớm có vai trò quyết định trong lựa chọn phương pháp điều trị

Ngày nhận bài: 03/02/2026. Ngày chỉnh sửa: 27/02/2026. Chấp thuận đăng: 18/3/2026

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hòa. Email: drhoanguyenxuan@gmail.com. ĐT: 0988110844

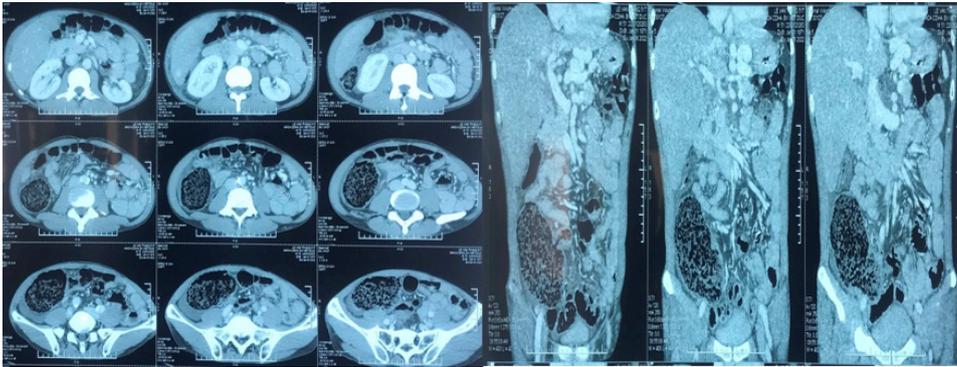
Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính: Nhân một trường hợp...

thích hợp, từ điều trị bảo tồn, dùng thuốc đến nội soi giảm áp hoặc phẫu thuật [6-9]. Tuy nhiên, trong bối cảnh cấp cứu bụng, việc chẩn đoán trước mổ vẫn có thể gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ở những trường hợp biểu hiện không điển hình.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp hội chứng Ogilvie có biểu hiện lâm sàng giống tắc ruột cơ học, được chẩn đoán và xử trí phẫu thuật tại bệnh viện. Qua trường hợp này, chúng tôi muốn nhấn mạnh giá trị của việc nghĩ đến ACPO trong chẩn đoán phân biệt bụng cấp, cũng như tầm quan trọng của chỉ định xử trí kịp thời để hạn chế các biến chứng nặng.

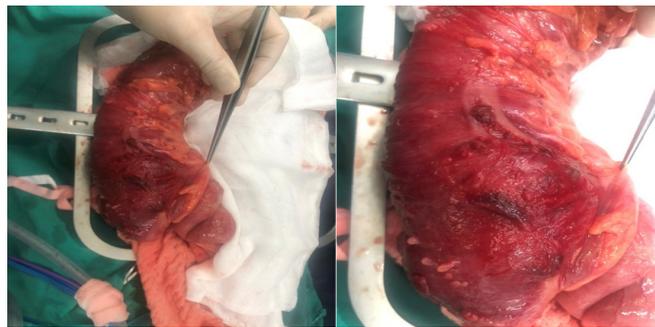
II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 51 tuổi. Tiền sử xơ gan child A, đái tháo đường type II điều trị thường xuyên. Nhập viện vì đau bụng cơn kèm nôn, bệnh diễn biến 2 ngày. Khám lâm sàng huyết động ổn, không sốt, hội chứng nhiễm trùng (-), bụng chướng ấn đau phản ứng nửa bụng bên phải, không trung tiện được. Xét nghiệm: Hb/Hct: 90/0.3; BC: 3.9G/l; TC 100G/l. Chức năng gan/ thận: bình thường. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng 32 dãy có tiêm thuốc ghi nhận hình ảnh manh tràng và đại tràng lên giãn to 10cm, dày thành đại tràng góc gan, hình ảnh gan xơ, dịch tự do ổ bụng.



Hình 1: Chụp CT scanner ổ bụng

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là tắc ruột theo dõi do u đại tràng góc gan/ xơ gan, được chỉ định mổ cấp cứu. Mở ra ổ bụng có ít dịch tiết, phúc mạc nhẵn, gan xơ đầu đỉnh hai thùy. Manh tràng, manh tràng lên giãn lớn, đường kính 10cm, gây rách thanh cơ trên đoạn 15 x 4cm, chỉ còn lớp niêm mạc, có chấm hoại tử bề mặt. Kiểm tra kỹ không có nguyên nhân cơ học.



Hình 2: Hình ảnh đại thể trong mổ

Chẩn đoán sau mổ: Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính (Hội chứng Ogilvie). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn manh tràng - đại tràng lên, nối hồi đại tràng. Hậu phẫu ổn định, bệnh nhân ra viện sau 6 ngày điều trị.

Giải phẫu bệnh: Đại tràng thành dày phù nề, xung huyết chảy máu, viêm cấp lan tỏa, thoái hóa tế bào thần kinh trong đám rối tại lớp cơ của thành đại tràng.

III. BÀN LUẬN

3.1. Chẩn đoán hội chứng Ogilvie

Bệnh nhân giả tắc đại tràng cấp tính sẽ có biểu hiện chướng bụng tăng dần và đau cơn (80%). Buồn nôn và nôn thường sẽ xuất hiện ở một mức độ nào đó (60%) [4]. Ngoài ra bệnh nhân có thể có triệu chứng táo bón, hoặc bị tiêu chảy do tăng tiết nước. Điều quan trọng là phần lớn những bệnh nhân này sẽ có các bệnh đồng mắc đi kèm hoặc tình trạng hậu phẫu, điều này có thể che lấp, ảnh hưởng đến triệu chứng.

Việc thăm khám thường thấy chướng bụng ở mức độ nào đó. Nghe bụng sẽ có âm tăng nhu động. Một số mức độ đau bụng có thể xảy ra khi khám. Đau bụng dữ dội hoặc có điểm đau chói là dấu hiệu quan trọng gợi ý thiếu máu cục bộ, hoại tử đại tràng. Viêm phúc mạc với các dấu hiệu sinh tồn bất thường có thể liên quan đến thủng đại tràng, nhiễm trùng huyết.

Chụp X-quang bụng không chuẩn bị: ứng dụng quan trọng nhất là đo mức độ giãn của đại tràng, thông qua loạt ảnh chụp nối tiếp trong quá trình theo dõi.

Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là phương thức chẩn đoán được ưu tiên. CLVT giúp loại trừ tắc ruột do nguyên nhân cơ học, cũng như đánh giá các nguyên nhân gây giãn ruột khác, chẳng hạn như tụ máu sau phúc mạc hoặc áp xe trong ổ bụng. CLVT cũng có thể cho thấy các dấu hiệu thiếu máu cục bộ, chẳng hạn như dày thành niêm mạc, phù nề dưới niêm mạc hoặc khí trong thành đại tràng.

Tránh nội soi chẩn đoán ở tất cả các bệnh nhân nghi ngờ mắc ACPO, vì việc bơm khí vào có liên quan đến việc tăng nguy cơ thủng. Giả tắc đại tràng cấp tính nên được nghĩ đến ở những bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh đi kèm/ hậu phẫu với những biểu hiện lâm sàng đau bụng cơn, bụng chướng hơi mà trên chẩn đoán hình ảnh có hình ảnh điển hình giãn lớn đại tràng không thấy nguyên nhân cơ học khác. Một vài chẩn đoán phân biệt như: xoắn đại tràng, ung thư đại tràng, viêm túi thừa đại tràng, bệnh Hirschsprung, liệt ruột cơ năng, táo bón...

3.2. Điều trị

Mục tiêu chính của điều trị ACPO là giảm áp lực đại tràng cấp. Dựa vào thời gian khởi phát bệnh, mức độ đau, đường kính manh tràng mà đưa ra các

lựa chọn điều trị phù hợp: điều trị bảo tồn, dùng thuốc và nội soi đại tràng giảm áp và phẫu thuật.

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc ACPO nên được nhập viện theo dõi. Điều trị ban đầu bao gồm: nhịn ăn uống, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, đặt sonde dạ dày, sonde trực tràng hỗ trợ giảm áp. Những bất thường về điện giải cần được điều chỉnh tích cực cũng như bất kỳ đợt cấp bệnh nào. Các loại thuốc ảnh hưởng đến nhu động ruột, chẳng hạn như Morphin và thuốc kháng cholinergic, nên được ngừng sử dụng càng sớm càng tốt và cũng nên ngừng dùng thuốc nhuận tràng. Bệnh nhân nên cố gắng đi lại thường xuyên theo khả năng và khi ở trên giường nên được khuyến khích nằm sấp hoặc ở tư thế đầu gối áp vào ngực và xoay người thường xuyên để thúc đẩy trung tiện đi qua. Cần phải khám bụng lặp lại thường xuyên. Các xét nghiệm, đặc biệt là công thức máu và điện giải, được khuyến nghị làm hàng ngày. Nên chụp phim X-quang bụng hàng ngày để theo dõi sự giãn nở của manh tràng. Nếu không có dấu hiệu bệnh tiến triển và đường kính manh tràng vẫn dưới 12 cm thì nên tiếp tục phương pháp bảo tồn này trong 72 giờ và có tỷ lệ thành công lên tới 90% [4]

Sử dụng thuốc đặc hiệu (Neostigmine): Nên bắt đầu điều trị bằng thuốc đối với những bệnh nhân không cải thiện triệu chứng trong vòng 72 giờ, hoặc có đường kính manh tràng lớn hơn 12 cm. Neostigmine, một chất ức chế Acetylcholinesterase thuận nghịch, có tác dụng đảo ngược sự ức chế hệ phó giao cảm, hồi phục nhu động đại tràng. Bệnh được coi là đáp ứng khi bệnh nhân trung tiện hoặc đại tiện được và hoặc giảm đường kính manh tràng. Thuốc thường được dùng dưới dạng tiêm tĩnh mạch chậm với liều 2 mg trong vòng 2 đến 5 phút. Các tác dụng phụ thường gặp bao gồm đau bụng, tiết nước bọt và nôn mửa, thường lành tính và thoáng qua. Bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ các biến chứng nghiêm trọng hơn như nhịp tim chậm và tăng tiết khí phế quản. Khuyến cáo bệnh nhân nên theo dõi nhịp tim liên tục trong khi dùng thuốc và thêm 30 phút sau khi dùng thuốc. Đáp ứng lâm sàng thường thấy trong vòng 2 đến 30 phút sau khi dùng. Hiệu quả trung bình sau một liều neostigmine trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng là khoảng 90% [11,12], với hầu hết những người không đáp ứng đều khỏi bệnh sau

Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính: Nhân một trường hợp...

liều 2 mg thứ hai, có thể dùng sau liều đầu tiên 90 phút đến 3 giờ. Phác đồ nhỏ giọt neostigmine 0.4 - 0.8 mg/ giờ trong 24 giờ cũng đã được đánh giá với tỷ lệ thành công cao và có ít tác dụng phụ hơn [13]. Sau phản ứng ban đầu với neostigmine, bệnh nhân nên tiếp tục được theo dõi vì khoảng 30% bệnh nhân có nguy cơ tái phát hiện tượng giãn manh tràng. Có bằng chứng cho thấy việc uống polyethylene glycol ngay sau khi có phản ứng với neostigmine sẽ ngăn ngừa được điều này.

Giảm áp thông qua nội soi đại tràng: Những bệnh nhân có chống chỉ định hoặc thất bại với điều trị bằng thuốc nên được đánh giá để giảm áp thông qua nội soi đại tràng. Bệnh nhân không cần bơm hơi hoặc chuẩn bị đại tràng trước soi. Sau khi đánh giá độ giãn của ruột và hút loại bỏ bọt khí, bệnh nhân được đặt ống dẫn lưu cỡ nòng lớn, với nhiều lỗ bên được đặt càng gần manh tràng càng tốt qua ống nội soi. Ống giảm áp giúp thoát dịch, khí ra bên ngoài với các lần xả ngắt quãng, bơm rửa ống mỗi 4 - 6 giờ để tránh tắc, có thể lưu ống tới 48 giờ. Có khoảng 3% nguy cơ thủng đại tràng do điều trị trong quá trình thực hiện thủ thuật này [14] và vẫn có thể tái phát, mặc dù việc đặt ống giảm áp làm giảm đáng kể biến cố này.

Phẫu thuật là cần thiết khi các biện pháp can thiệp trên không thành công hoặc khi có biến chứng thiếu máu cục bộ, thủng đại tràng hoặc viêm phúc mạc. Phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng có thể được chỉ định. Tỷ lệ tử vong tăng đáng kể trong ACPO khi cần phải điều trị bằng phẫu thuật, bất kể có thủng, hoại tử ruột hay không. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt đại tràng kịp thời do manh tràng giãn to rách thanh cơ và có phần hoại tử niêm mạc.

Tiền lượng của ACPO có thể ảnh hưởng bởi nhiều bệnh đồng mắc. Nhìn chung, tỷ lệ tử vong của ACPO không biến chứng là khoảng 15%. ACPO có biến chứng xảy ra ở 3% đến 15% bệnh nhân, có tiên lượng xấu hơn nhiều với tỷ lệ tử vong trung bình từ 30% đến 40% [15]. Các yếu tố liên quan đến sự phát triển của các biến chứng bao gồm đường kính manh tràng và thời gian mắc bệnh. Trong một nghiên cứu, không có bệnh nhân nào đường kính manh tràng dưới 12 cm gặp biến chứng, nhưng 23% bệnh nhân có đường kính manh tràng trên 14 cm thì tiến triển bệnh phức tạp [4]. Thời gian giãn đại tràng

đường như có mối liên hệ trực tiếp nhất với biến chứng và trở nên đáng lo ngại sau 5 ngày, với tỷ lệ tử vong tăng gấp 5 lần sau 7 ngày bệnh không được chữa khỏi [4]. Ở những bệnh nhân được điều trị tích cực, điều trị bằng phẫu thuật có tỷ lệ tử vong cao nhất, điều này có thể là do điều trị bằng phẫu thuật được dành riêng cho những người có biến chứng hoặc bệnh kéo dài; ngay cả khi không bị thiếu máu cục bộ đại tràng, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 26% [4]. Có thể thấy, tiên lượng và khả năng sống sót của bệnh nhân phụ thuộc vào việc nhận biết, chẩn đoán và giảm áp đại tràng kịp thời.

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng Ogilvie (hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính) là một hội chứng hiếm gặp, chẩn đoán rất dễ nhầm với tắc ruột. Vấn đề điều trị cần phải rất thận trọng, tránh để xảy ra các biến chứng thủng đại tràng hoại tử ruột.

Đạo đức nghiên cứu

Bài báo cáo ca bệnh này đã được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông tin cá nhân của người bệnh đã được ẩn danh hoàn toàn nhằm bảo đảm quyền riêng tư. Người bệnh và/hoặc người giám hộ hợp pháp đã được giải thích đầy đủ và đồng ý cho sử dụng thông tin lâm sàng, hình ảnh và dữ liệu liên quan cho mục đích báo cáo khoa học.

Tuyên bố xung đột lợi ích

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu và công bố bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. *Br Med J.* 1948;2(4579):671-3.
2. Dudley HA, Sinclair IS, McLaren IF, McNair TJ, Newsam JE. Intestinal pseudo-obstruction. *J R Coll Surg Edinb.* 1958;3(3):206-17.
3. Ross SW, Oommen B, Wormer BA, et al. Acute colonic pseudo-obstruction: defining the epidemiology, treatment, and adverse outcomes of Ogilvie's syndrome. *Am Surg.* 2016;82(2):102-11.
4. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum.* 1986;29(3):203-10.

Hội chứng giả tắc đại tràng cấp tính: Nhân một trường hợp...

5. Wegener M, Börsch G. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). Presentation of 14 of our own cases and analysis of 1027 cases reported in the literature. *Surg Endosc.* 1987;1(3):169-74.
6. Chudzinski AP, Thompson EV, Ayscue JM. Acute colonic pseudo-obstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* 2015;28(2):112-7.
7. Tack J. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2006;9(4):361-8.
8. Fazel A, Verne GN. New solutions to an old problem: acute colonic pseudo-obstruction. *J Clin Gastroenterol.* 2005;39(1):17-20.
9. Harrison ME, Anderson MA, Appalaneni V, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2010;71(4):669-79.
10. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau LL, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc.* 2020;91(2):228-35.
11. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med.* 1999;341(3):137-41.
12. Trevisani GT, Hyman NH, Church JM. Neostigmine: safe and effective treatment for acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(5):599-603.
13. İlban Ö, Çiçekçi F, Çelik JB, Baş MA, Duman A. Neostigmine treatment protocols applied in acute colonic pseudo-obstruction disease: a retrospective comparative study. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30(3):228-33.
14. Geller A, Petersen BT, Gostout CJ. Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 1996;44(2):144-50.
15. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1997;7(3):499-508.